

Fragen zur Versicherten Person für Personen zwischen 41-70 Jahren



Bitte beantworten Sie die Fragen und kreuzen Sie die entsprechende Antwort an. Für die vollständige und richtige Beantwortung sind der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person verantwortlich. Unrichtige und unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich uns gegenüber schriftlich nachzuholen. Bitte nehmen Sie dann einen kurzen Hinweis auf.

Wir machen den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines Gentests abhängig. Ergebnisse oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen dürfen wir nur verlangen oder solche Ergebnisse entgegennehmen und verwenden, wenn die Versicherungssumme mehr als 300.000 € (Summe aus allen bestehenden und beantragten Versicherungen aller Art bei der IDEAL Lebensversicherung a.G.) beträgt. Unabhängig davon sind Gesundheitsstörungen und (Vor-)Erkrankungen anzuzeigen.

Lesen Sie bitte vor Beantwortung der Fragen die beiliegende „Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung“.

Allgemeine Fragen

1. Hausarzt

Nennen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist.

Bitte erteilen Sie uns – abweichend der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung – **ausschließlich für die Risikobeurteilung (Antragsprüfung) nachfolgend Ihre Einwilligung zur Datenerhebung bei von Ihnen benannten Ärzten.**

Ich verzichte darauf, über eventuelle Rückfragen bei den von mir angegebenen Ärzten informiert zu werden sowie auf mein Widerspruchsrecht zur Datenerhebung und entbinde die Betroffenen von ihrer Schweigepflicht. Des Weiteren sehe ich von der Eigenbeschaffung der erforderlichen Unterlagen ab und erkläre mich damit einverstanden, dass – sofern erforderlich – direkt Kontakt aufgenommen wird. Dies ermöglicht eine schnellere Bearbeitung.

☐ Ja ☐ Nein

2. Körpergröße und Gewicht

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr derzeitiges Gewicht an: cm kg

3. Rauchverhalten

Die Einstufung als Nichtraucher richtet sich nach dem Rauchverhalten der versicherten Person im jeweiligen Zeitraum vor Antragsstellung. Nichtraucher ist, wer in den letzten zwölf Monaten bzw. 10 Jahren vor Vertragsschluss kein Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat. Rauchen oder Inhalieren umfasst den Konsum aller Tabakprodukte oder anderer nikotinhaltiger Produkte, wie z. B. den Konsum von E-Zigaretten, E-Zigarre, E-Pfeife, Kautabak, Schnupftabak und Wasserpfeife. Dem Versicherungsnehmer sowie der Versicherten Person ist bekannt, dass sie verpflichtet sind, eine Änderung des Nichtraucherstatus nachträglich unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung wird dann ab Beginn des Rauchens in einen entsprechenden Tarif mit dem erforderlichen Beitrag für Raucher eingestuft. Die korrekte Angabe zum Rauchverhalten stellt zudem eine vorvertragliche Anzeigepflicht dar, deren Verletzung ebenfalls Rechtsfolgen auslöst (siehe hierzu Hinweise auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung).

- ☐ Raucher
☐ Nichtraucher seit mindestens einem Jahr
☐ Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren

4. Vorversicherungen

Bestehen bei anderen Versicherungsgesellschaften bereits Absicherungen für den Todesfall, haben Sie solche beantragt oder wurden entsprechende Versicherungen in den letzten 5 Jahren nur mit erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?

☐ Ja ☐ Nein

5. Auslandsrisiko

5a) Planen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen mehr als dreimonatigen Auslandsaufenthalt außerhalb der Europäischen Union, Norwegen, Schweiz oder Großbritannien?

☐ Ja ☐ Nein

5b) In welchem Land? Aus welchem Grund?

6. Freizeitrisiko

Üben Sie in der Freizeit Aktivitäten mit einer erhöhten Unfallgefahr oder erhöhtem Verletzungsrisiko aus? (z.B. Motorsport, Bergsport, Tauchsport, Flugsport, Kampfsport, Reitsport, Extremsport)

☐ Ja ☐ Nein

Bitte machen nähere Angaben zu den von Ihnen ausgeübten Sportarten.

Gesundheitsfragen

1. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Therapeuten (Psychologen, Psychotherapeuten, Krankengymnasten, Heilpraktiker) untersucht, beraten oder behandelt wegen:
- a) des Herzens oder der Kreislauforgane (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Durchblutungsstörung, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Thrombose, koronare Herzerkrankung, Stent-Implantation) ☐ Ja ☐ Nein
 - b) des Gehirns oder des Nervensystems (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Alzheimer, Demenz, Lähmung, Neuropathie, chronischer Kopfschmerz) ☐ Ja ☐ Nein
 - c) der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung) ☐ Ja ☐ Nein
 - d) der Verdauungsorgane (z. B. Magen- oder Darmgeschwür, chronische Entzündung der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Bauchspeicheldrüse oder der Leber, erhöhte Leberwerte, Gallensteine) ☐ Ja ☐ Nein
 - e) der Nieren, der Harnwege, der Prostata oder der Genitalorgane (z. B. chronische Nierenerkrankung, Nierenstein, Nierenversagen, Dialysebehandlung, Zystenniere, Prostataentzündung, Harninkontinenz) ☐ Ja ☐ Nein
 - f) des Stoffwechsels (z. B. Schilddrüsenerkrankung, Diabetes, Cholesterinerhöhung, Gicht) ☐ Ja ☐ Nein
 - g) Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, gutartiger Gehirntumor, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörung) ☐ Ja ☐ Nein
 - h) Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis, Malaria, Tuberkulose, HIV/AIDS) ☐ Ja ☐ Nein
 - i) der Psyche (z. B. Angststörung, Burnout- Syndrom, Depression, Neurose, Psychose, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Alkoholismus, Abhängigkeitserkrankung, Suizidversuch) ☐ Ja ☐ Nein
2. Haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre für einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen apothekenpflichtige Medikamente verwendet bzw. wurden Ihnen entsprechende Medikamente verschrieben (nicht anzugeben sind Medikamente zur Empfängnisverhütung, für Atemwegs-, Magen-/ Darm- oder Harnwegsinfektionen, Schilddrüsenunterfunktion, Heuschnupfen, Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische Mittel)? ☐ Ja ☐ Nein
3. Bestehen Fehlbildungen, angeborene Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen aufgrund von Gesundheitsschäden (z. B. starke Fehlsichtigkeit, starke Schwerhörigkeit), Operationen oder Unfällen oder beziehen Sie eine Rente aufgrund einer Erwerbsminderung? ☐ Ja ☐ Nein
4. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär untersucht oder behandelt (auch Kuren, Reha- und Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Untersuchung oder Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn eine der Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, geben Sie bitte nachstehend Einzelheiten zu jeder mit „ja“ beantworteten Frage an; ggf. auch auf einem separaten Blatt. Bitte geben Sie Folgendes an: Ärztliche Bezeichnung der Krankheit oder Gesundheitsstörung, Behandlungszeiträume, verordnete Medikamente (Name und Dosierung), ob die Krankheit oder Gesundheitsstörung ausgeheilt ist oder welche Beschwerden noch bestehen. Sollten Risikolebens-, Dread Disease-, Grundfähigkeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen bestehen oder beantragt worden sein, geben Sie bitte die versicherte Jahresrente bzw. die Versicherungssumme und den jeweiligen Versicherer an.

Anzahl der Extrablätter

